

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

782

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Nafsika HADJI-GEORGES

Née le 22 décembre 1909, à Skoplje.

**Torticolis naso-pharyngien par
énucléation de l'atlas (maladie de Grisel)**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Nafsika HADJI-GEORGES

Née le 22 décembre 1909, à Skoplje.

**Torticolis naso-pharyngien par
énucléation de l'atlas (maladie de Grisel)**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1935

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Stienne) Pathologie médicale.	
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
GALLIARD Parasitologie.	JOANNON Hygiène.
GASTINEL Bactériologie.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
	LACOMME Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BEZANÇON
 (Justin) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI.
 ALAJOUINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DUVOIR.
 DONZELOT.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ
 FREY

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.
 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ALEXANDROS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu me faire le
grand honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRISEL

*Ancien Chef de Clinique chirurgicale infantile
de la Faculté*

Qui m'a conseillée et guidée dans
l'élaboration de ce travail. En té-
moignage de ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBRY
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Qui a bien voulu m'indiquer le
sujet de notre thèse.

A MES MAÎTRES, DANS LES HÔPITAUX EN STAGE

M. LE PROFESSEUR R. DEBRE.

M. LE PROFESSEUR PROUST.

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT.

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE.

M. LE PROFESSEUR CLAUDE.

M. LE PROFESSEUR TERRIEN.

M. LE PROFESSEUR LEGUEU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER.

M. LE DOCTEUR BENSAUDE.

M. LE DOCTEUR CATHALA.

M. LE DOCTEUR LOUSTE.

M. LE DOCTEUR LEVY-SOLAL.

AU « MONDE MÉDICAL »

Qui a bien voulu mettre à notre disposition la documentation bibliographique.

INTRODUCTION

Le Docteur Aubry, laryngologiste de l'Hôpital Bichat, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas légers du torticolis naso-pharyngien décrit par le Docteur Grisel, et d'en recueillir une observation, avec radiographie à l'appui, nous a conseillé de faire de cette complication des infections spontanées ou traumatiques de la partie haute de l'espace rétro-pharyngien, le sujet de notre thèse.

Nous ne pouvions mener à bien ce travail sans les conseils du Docteur Grisel, qui a bien voulu, non seulement nous guider, mais encore mettre à notre disposition trois autres observations inédites dont deux personnelles et la troisième observée et recueillie dans le service du Docteur Guillemot à l'Hôpital Bretonneau.

Il nous paraît indispensable de donner tout d'abord connaissance du mémoire initial où le Docteur Grisel a défini le torticolis naso-pharyngien, mais nous ne pouvons en donner ici que les passages essentiels.

Enucléation de l'Atlas et Torticolis naso-pharyngien (Presse Médicale, n° 4, 11 janvier 1930).

« Le torticolis aigu laisse parfois après lui une attitude vicieuse définitive. Il s'agit alors d'une de ses formes caractérisée, à sa période aiguë, par l'acuité de l'infection, de la déviation de la tête et du cou, de l'évolution, et, à sa période chronique, par un ensemble de déformations typiques, nullement progressives, mais apparues au contraire dès le début avec leur degré et leur caractère définitifs.

Un enfant, une petite fille d'une dizaine d'années, quelques heures après une ablation d'amygdales ou de végétations, au début d'une angine, est prise de fièvre élevée avec douleur pharyngienne et de torticolis à déviation extrême. Après quelques jours, la température se rapproche de la normale, le cou se défléchit et la palpation y révèle la présence de ganglions rétro-angulo-maxillaires encore douloureux. La douleur cervicale haute du début diminue ou disparaît ainsi que l'adénopathie, mais il persiste une attitude vicieuse d'autant plus apparente qu'elle siège à la région sous-occipitale. Il s'est passé là un véritable drame aux péripéties rapides qui a fait en quelques jours, d'une enfant bien conformée, une enfant dont la difformité apparaît à tous les yeux ».

OBSERVATION I. — « La première malade, L..., 8 ans, jusque-là bien portante, le 15 juillet 1920, à l'hôpital Trousseau, subit l'ablation des amygdales et de végétations. Le lendemain, l'enfant, très fébrile, se plaint d'une douleur vive de l'oreille gauche, et bientôt la tête et le cou prennent une attitude vicieuse d'un degré extrême, en même temps qu'apparaissent à la région cervicale latérale supérieure gauche des masses ganglionnaires douloureuses.

C'est la persistance de ce torticolis, malgré son redressement partiel et la disparition déjà ancienne des signes infectieux du début, qui motive notre premier examen, fait à notre consultation privée, trois mois après le début, le 26 octobre 1920 ».

OBSERVATION II. — La seconde malade est encore une enfant de 9 ans, Mlle B..., qui, au retour d'un séjour en Suisse, est prise dans le train, le 4 avril 1925, d'une inflammation très aiguë avec gêne douloureuse rhino-pharyngée, laquelle fut considérée comme d'origine grippale. La poussée fébrile dura 8 jours et, dès le lendemain de son apparition, la tête s'inclina fortement sur l'épaule gauche avec rotation à droite; il y eut aussi une tuméfaction douloureuse des ganglions rétro-angulo-maxillaires, mais surtout à droite et non pas seulement du côté du torticolis. La période fébrile terminée, l'enfant se plaignant de vives douleurs sous-occipitales, fut traitée par des effluves, puis le « faux torticolis » fut immobilisé dans un appareil plâtré pendant 8 semaines.

C'est en mars 1926, un an environ après le début, que l'enfant nous fut présentée à notre consultation privée, avec tous les signes cliniques et radiographiques de la luxation par rotation atloïdo-axoïdienne, que la première malade nous avait appris à connaître.

Les deux malades, examinées l'une quelques mois, l'autre près d'un an après la crise initiale qui, chez toutes deux, avait été caractérisée par une inclinaison extrême de la tête à gauche avec rotation à droite, présentaient les déformations identiques suivantes :

Examen de face. — La tête est déplacée vers le côté sain, à droite, de sorte que la verticale abaissée de l'angle externe de l'œil gauche tombe au milieu de la fourchette sternale; elle est modérément inclinée sur l'épaule gauche et la face regarde légèrement à droite. Ce qui caractérise surtout cet aspect antérieur, c'est du côté de l'inclinaison, à gauche, l'aplatissement de la face et du cou, qui semblent sur un même plan, et surtout la conformation paradoxale des régions sterno-mastoïdiennes : c'est le muscle du côté droit qui fait sous la peau un relief très apparent, tandis que le muscle gauche affaissé ne détermine aucun relief. La clavicule droite dans sa portion sternale, les articulations chondro-sternales droites, sont projetées en avant, attirées par la contraction habituelle du sterno-mastoïdien et plus encore repoussées par la déformation ovalaire de la partie supérieure du thorax qui, nous le verrons de dos, est déformée par une courbure scoliotique haute à convexité gauche. On peut constater que l'effacement du muscle sterno-mastoïdien gauche n'est dû ni à sa

paralysie, ni même à son atrophie, car il se contracte lors des mouvements volontaires d'inclinaison latérale gauche et de rotation à droite plus accentuée. D'ailleurs, chez la seconde malade, un examen électrique a établi son intégrité; cet effacement est dû au rapprochement des insertions, au déplacement de l'atlas et à l'inflexion postérieure droite du rachis cervical.

Pour ce qui est des mouvements, la flexion et l'extension surtout sont normales, l'inclinaison latérale gauche est complète, l'inclinaison latérale droite reste limitée par la courbure forte et permanente du rachis cervical, dont la convexité est justement dirigée en arrière et à droite; la rotation, nécessairement entravée par le déplacement atloïdo-axoïdien, l'est plus encore vers la gauche que vers la droite, et dépend surtout de la mobilité des vertèbres cervicales sous-jacentes.

L'examen du pharynx à cette période du début a été omis chez notre première malade; nous pouvons seulement indiquer qu'il n'y a chez elle actuellement aucune saillie anormale de la paroi postérieure. Chez la seconde, cette paroi est visiblement refoulée dans son ensemble vers un plan plus antérieur et sa surface, irrégulièrement soulevée, l'est surtout en bas et à droite, au niveau de la masse articulaire de l'axis, peut-être rendue saillante par la torsion du rachis et l'abandon de la masse latérale de l'atlas, qui de ce côté est en retrait.

Examen de dos. — L'aspect de la nuque n'est pas moins caractéristique. On apprécie mieux de ce côté

le degré de l'inflexion latérale gauche et de la rotation de la tête vers la droite, grâce à la situation des oreilles et des angles du maxillaire inférieur. Ce qui frappe avant tout, c'est l'effondrement comme atrophique de la saillie de la nuque dans sa moitié gauche et, au contraire, l'exagération de cette même saillie musculaire à droite. Comme pour le sterno-mastoïdien gauche, il n'y a ici en réalité aucune atrophie, ni surtout aucune paralysie, mais un aspect déterminé, et par la rotation de l'atlas qui projette en avant sa masse latérale gauche, produisant ainsi la dépression correspondante de la nuque, et par une forte inflexion avec rotation à convexité droite du rachis cervical qui soulève les muscles des gouttières rachidiennes du côté de la convexité, et détermine leur affaissement du côté de la concavité. A la partie haute de la saillie de la nuque, donc à droite, on voit et on sent une saillie osseuse qui est l'apophyse épineuse de l'axis isolée et repoussée vers la droite par la rotation et l'inflexion latérales gauches de l'atlas et de la tête qu'il supporte. Bouvier a depuis longtemps indiqué que cette saillie de l'axis était le signe de la luxation par rotation de l'atlas.

Enfin, s'opposant à l'inflexion cervicale droite, existe une scoliose de compensation dorsale supérieure gauche, avec faible voussure costale dont nous avons signalé la relation avec la saillie de la région sterno-claviculaire droite ».

RADIOGRAPHIE

« Les images radiographiques de nos malades, identiques et s'éclairant l'une l'autre, établissent chez toutes deux l'existence d'une luxation-rotation de l'atlas, projetant en avant, en bas et un peu en dehors la masse latérale gauche et refoulant en sens contraire la masse latérale droite. Il y a en même temps un degré modéré de bascule et de projection qui abaisse l'arc antérieur et le détache nettement de l'apophyse odontoïde visiblement intacte.

De face, la fente articulaire atloïdo-axoïdienne droite a peu de hauteur, par suite du recul et par conséquent de l'abaissement de la masse latérale droite de l'atlas qui, reportée en même temps en dedans, reste en retrait sur son support axoïdien dont la partie la plus externe reste ainsi libre. La fente articulaire gauche a disparu, les deux contours chevauchent par suite de l'abaissement et de la propulsion de la masse atloïdienne gauche, dont l'angle inféro-externe se dessine nettement, loin de tout contact avec la surface axoïdienne correspondante, située plus haut, plus en arrière, plus en dedans.

De profil, la rotation et la bascule de l'atlas sont rendues sensibles, par l'abaissement et l'avancement de la masse latérale gauche dont l'ombre se superpose à celle du corps de l'axis, par la perte de contact de l'arc antérieur avec la dent, par l'isolement du plan articulaire axoïdien droit abandonné par la masse articulaire correspondante de l'atlas reportée plus en arrière par la rotation.

Après examen prolongé de toutes les données du problème, nous nous sommes arrêté à l'explication suivante de l'apparition soudaine et définitive du torticolis chez nos deux jeunes malades :

Une infection spontanée ou post-opératoire, partie du naso-pharynx en suivant les voies lymphatiques de l'anneau péripharyngien, détermine dans l'espace rétro-pharyngien une poussée aiguë de lymphangite, d'adénite, de cellulite, qui, s'étendant au deuxième relais ganglionnaire, devient visible et palpable au niveau des ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne. Nos deux malades ont donné cette preuve apparente de la poussée d'adéno-lymphangite profonde, signalée directement chez la première par une vive douleur d'oreille; ressentie dès le lendemain d'un curettage de végétations.

Les petits muscles en entier, la partie haute du long du cou, du grand droit antérieur surtout, qui est entourée par les troncs lymphatiques et en contact avec le ganglion rétro-pharyngien, se trouvent, au voisinage de leurs insertions, inclus dans le foyer inflammatoire. Leur contracture violente, leur action étroitement localisée déterminent dans les articulations sous-occipitales un mouvement d'inflexion antérieure et d'inclinaison extrême avec rotation; la masse latérale, pressée entre l'occipital et l'axis, attirée directement par les faisceaux musculaires qui s'insèrent sur l'arc et l'apophyse transverse, est énuclée, chassée en avant, en bas et un peu en dehors. A cette contracture profonde de cause directe, s'associe une contracture des scalènes, de l'angulaire, du

sterno-mastoïdien, du trapèze, qui ajoute à la déviation sous-occipitale tout ce que peut donner la mobilité du rachis cervical sous-jacent. La déviation, devenue extrême, amène presque au contact l'oreille et l'épaule. Dès la fin des accidents aigus, cette contracture réflexe associée cesse, le redressement du cou s'effectue et il ne reste que la contracture et la déviation sous-occipitales.

La possibilité d'une telle énucléation, s'explique par les relations anatomiques de l'atlas et par l'étendue des mouvements de bascule et de glissement latéral que lui impriment normalement l'inflexion et l'inclinaison de la tête sur le rachis. Cette mobilité a été autrefois étudiée par Morris, et récemment R. Fick a de nouveau appelé l'attention sur son importance démontrée par les recherches radiographiques de Hultkranz.

Le fait que, dans tous les cas semblables aux nôtres, les malades sont aussi des petites filles âgées de 8 à 12 ans prouve que cette mobilité est portée à son degré extrême par une conformité des extrémités articulaires due à l'âge, et une gracilité et une laxité des ligaments dues au sexe. Elle permet à la contraction des muscles de produire la luxation, sans l'aide d'une rupture ligamentaire que rend bien improbable leur action énergique, mais continue, sans brusquerie.

L'irréductibilité est due, non à un simple accrochage qu'une intervention rapide pourrait libérer, mais à la contracture permanente au début, à la rétraction fibreuse des muscles et des ligaments défi-

nitivement, qui immobilisent l'atlas luxé et s'opposent à sa remise en place en maintenant le rapprochement anormal de l'occipital et de l'axis.

Un cas de Swanberg, resté jusqu'ici mystérieux, s'éclaire à la lumière des nôtres et, par contre, nous apporte la preuve du rôle essentiel de l'action musculaire aussi bien dans le maintien que dans la production de la luxation.

Un soldat de 22 ans, dans la nuit qui suivit une amygdalectomie, ressentit soudain de la raideur de la nuque avec abaissement du menton, qui persistèrent et ne furent rapportés à leur véritable cause que 6 mois plus tard, lorsqu'une interprétation exacte des radiographies démontra l'existence d'une luxation antérieure de l'atlas. L'identité de la cause, des lésions, du mécanisme, de ce cas et des nôtres, est évidente, mais, chez le jeune soldat, du fait de la luxation en avant sans rotation, le rôle capital de la contracture musculaire, dans sa production, apparaît encore mieux. Les muscles prévertébraux symétriques, mis en contracture par le foyer infectieux rétro-pharyngien médian ou bilatéral, ont certainement luxé l'atlas en avant en l'attirant et en rapprochant invinciblement l'occipital et l'axis, sans que l'hypothèse d'une rupture du ligament transverse nous paraisse avoir le caractère nécessaire que lui attribue son auteur.

Sans preuve absolue, d'après le résultat entièrement négatif des radiographies du malade de Swanberg et des deux nôtres, prises près de quatre ans après le début, d'après la production soudaine et

d'emblée de la luxation, d'après le caractère adéno-lymphangitique de l'affection, nous ne croyons pas à l'existence d'une arthrite et à sa nécessité comme cause initiale de la contracture musculaire. Il n'y a en tous cas, rien qui ressemble à l'arthrite persistante et progressive que l'on veut voir actuellement dans tout cas de torticolis aigu ou subaigu. Le drame infectieux rétro-pharyngien, dont nous venons de décrire les actes successifs et rapides, se passe en avant des articulations et ne les intéresse qu'accessoirement ou même pas. Le foyer infectieux adénoïdien qui le cause détermine la contracture énergique des muscles sous-occipitaux antérieurs, comme il déterminerait un énergique trismus s'il était situé plus bas et plus en dehors et, bien certainement alors, sans l'intermédiaire obligé d'une arthrite temporo-maxillaire.

Il existe donc un torticolis que nous appelons le « torticolis naso-pharyngien », parce que son apparition est liée à l'infection des territoires lymphatiques bien circonscrits de la muqueuse du naso-pharynx d'où cette infection doit nécessairement partir pour pouvoir déterminer successivement la poussée lymphangitique rétro-pharyngienne, la contracture des muscles sous-occipitaux antérieurs et enfin, par elle, l'énucléation de l'atlas. Ses signes cliniques, ceux qui trahissent l'infection lymphatique du début mis à part, sont ceux de la luxation de l'atlas et varient suivant que cette luxation s'est faite avec rotation (nos 2 cas), ou en avant par glissement et bascule (cas Swanberg).

Cette luxation, jusqu'ici toujours abandonnée à elle-même dans les premiers mois, devient définitive comme l'attitude vicieuse qu'elle produit. Le traitement prolongé et plus encore l'accommodation correctrice si puissante du rachis de l'enfant, assurent cependant une amélioration progressive qui peut aller jusqu'à la guérison apparente, malgré la persistance discrète des signes essentiels.

Nos observations, du fait de leur rareté, perdent-elles beaucoup de leur intérêt ? Non certes, et après avoir relu les leçons de Kirmisson, de Lannelongue, de Broca, la monographie de Redard, nous pouvons affirmer que leurs observations de torticolis chronique à début aigu, rapportées par eux à l'arthrite chronique progressivement agissante, sont identiques aux nôtres et appartiennent à un type clinique déjà antérieurement connu et décrit. Dès 1875, en effet, Dally, parmi 11 cas marqués de ces mêmes symptômes particuliers qu'offrent les nôtres et qu'il groupe sous le nom de « torticolis occipito-atloïdien », en distingue 4, caractérisés par l'apparition soudaine de l'attitude vicieuse « survenue au milieu d'un cortège fébrile très intense ». Caractères spéciaux dus au siège sous-occipital, action prépondérante des muscles profonds, tout est indiqué.

A côté de ces cas extrêmes et rares, il y a certainement des cas moyens et légers, n'allant pas jusqu'à la luxation de l'atlas, mais toujours reconnaissables à leurs caractères fondamentaux : lésion infectieuse naso-pharyngienne originelle; poussée d'adéno-lymphangite soulevant parfois la paroi pharyngienne,

mais révélée le plus souvent par la gêne de la déglutition, la douleur d'oreille, l'apparition de ganglions à la partie haute de la chaîne jugulaire; torticolis par contracture prévertébrale avec relâchement du sterno-mastoïdien, inclinant la tête si la lésion pharyngienne est latérale, l'infléchissant directement si elle est médiane, bilatérale ou diffuse ».

A cette première publication a succédé la communication suivante faite à la Société de Pédiatrie, par Mme B. Tedesco et MM. Grisel, Desfosses, Tassin, dont nous donnons les passages essentiels.

« Nous communiquons une première observation avec le Docteur Mme B. Tedesco, qui, après la lecture de notre mémoire, nous présenta la malade et ses radiographies.

Monique B..., actuellement âgée de 12 ans, dut subir à 4 ans un curettage de végétations adénoïdes.

A 9 ans, il y a donc 3 ans, elle fut atteinte d'otite droite traitée par paracentèse, puis de mastoïdite droite trépanée largement le 26 juin 1927, par le Docteur Hautant. La température de 39°2, descend le soir même à 38°4, et décroîtra progressivement les jours suivants. C'est cependant, dans la nuit qui suivit l'intervention que la malade ressentit une vive douleur sous-occipitale et que ses parents comme elle-même, constatèrent l'apparition brusque du torticolis qui persiste encore actuellement. Il y eut, quelques jours plus tard, un réveil de l'infection avec fièvre durant une dizaine de jours, coïncidant avec une vive douleur de la région sus-scapulaire droite.

La cicatrisation fut lente et ce ne fut qu'au 10^e mois que la malade fut confiée à Mme Tedesco. L'électro-diagnostic montra les réactions normales au galvanique et au faradique, du sterno-mastoïdien, du trapèze et du splenius droits, malgré leur apparence atrophique. La galvanisation, la faradisation, l'ionisation à l'iodure de potassium, au chlorure de calcium appliquées durant les années 1928 et 1929, restèrent sans résultat appréciable.

C'est le 8 février 1930, près de trois ans après le début, que nous avons ensemble, noté chez la jeune malade les signes persistants d'un torticolis par rotation-luxation de l'atlas.

C'est bien un torticolis naso-pharyngien avec énucléation, mais ce cas se différencie de nos cas initiaux par certaines particularités dignes d'intérêt. Ici, l'infection n'est pas venue de la cavité du naso-pharynx, mais elle s'est produite quelques heures après une trépanation mastoïdienne large, ayant gagné l'espace rétro-pharyngien, soit par les voies lymphatiques de la trompe d'Eustache, soit par les espaces cellulaires prévertébraux intéressés à leur partie latérale au cours de l'intervention.

D'autre part, il n'y a pas eu d'élévation de température ni de signes locaux ayant attiré l'attention de l'opérateur vers le pharynx. Il ne semble même pas y avoir eu d'adénite.

La seconde observation est communiquée en collaboration avec le Docteur Tassin, qui a pu suivre l'évolution de la maladie dès son début, et avec notre ami le Docteur Desfosses, qui a reconnu l'identité

du cas qui lui était présenté et de ceux que nous avions décrits.

Jacqueline M..., 7 ans et demi, enfant jumelle jusque-là bien portante, est prise le 23 décembre 1929, en même temps que ses 5 frères et sœurs, de fièvre à 39° et de courbature attribuées à la grippe. Dès le lendemain l'enfant se lève et joue, mais, alors que les autres enfants restent définitivement guéris, elle est reprise 24 heures après, de fièvre à 39°, et il apparaît une tuméfaction parotidienne gauche avec trismus. Le 1^{er} janvier 1930, température oscillant autour de 39°, persistance du trismus malgré la diminution de l'empâtement parotidien et, de plus, attitude vicieuse de la tête, fortement inclinée vers l'épaule droite avec tuméfaction ganglionnaire douloureuse sous-sterno-mastoïdienne du même côté. La tête ne peut être redressée et la moindre tentative de mobilisation détermine de violentes douleurs.

Du 3 au 8 janvier, la température s'abaisse et oscille entre 37° et 38°, le trismus a disparu et l'examen digital pratiqué par le Docteur Rendu montre qu'il n'existe pas d'abcès latéro-pharyngien. Vers le 15 janvier, la température se relève légèrement et un examen chirurgical conclut à la possibilité d'un foyer ostéomyélique sous-occipital, dont la stérilisation doit être tentée par la vaccination au L. M. L. de Robert et Carrière. Malgré le repos, la température ayant atteint de nouveau 39°, on pratique les 21, 23 et 24 janvier les vaccinations prescrites, et le 27 la température est définitivement revenue à la normale.

A la fin de février, l'enfant conservant toujours son

attitude vicieuse accentuée et douloureuse, est présentée au Docteur Desfosses, qui reconnaît tous les signes du torticollis naso-pharyngien, et nous nous réunissons pour un examen commun qui eut lieu le 3 mars, deux mois après le début.

Il existe un torticollis par luxation-rotation de l'atlas avec flexion antérieure et inclinaison latérale droites légères et forte rotation de la tête vers la gauche. L'effacement du sterno-mastoïdien droit est complet, le gauche ne fait nettement relief que dans sa partie supérieure. Il y a dépression bien marquée de la nuque dans sa moitié droite et un relief à gauche couvrant l'apophyse épineuse de l'axis. La douleur, l'enraidissement des articulations sous-occipitales limitent fortement tous les mouvements et suppriment la rotation vers la droite. L'enfant soutient sa tête de ses mains pour se coucher et se lever. On sent à peine quelques petites masses ganglionnaires dans les régions sterno-mastoïdiennes à leur partie supérieure. Les amygdales sont rouges et saillantes; pas de saillie anormale de la paroi visible de la paroi postérieure.

RADIOGRAPHIES. — Elles sont pour nous du plus haut intérêt, car elles montrent non seulement la forte luxation-rotation atloïdo-axoïdienne, dont l'existence était déjà prouvée par les signes cliniques, mais encore le soulèvement, puis le retrait de la paroi postérieure, preuve indiscutable de la présence du foyer rétro-pharyngien qui a produit successivement le trismus et le torticollis.

La malade a été en effet radiographiée une pre-

mière fois, 13 jours après le début. L'épreuve de profil montre peu de luxation antérieure, mais une rotation extrême de l'atlas, une décalcification marquée des deux premières vertèbres en contact avec le foyer infectieux, et enfin un soulèvement accentué, étendu, régulièrement arrondi, qui éloigne fortement la paroi postérieure du pharynx du plan antérieur des premières cervicales.

Cette observation montre bien la réalité de ce foyer infectieux dont nous avons signalé l'existence et le rôle essentiel. Il détermine ici le trismus, puis le torticolis, il révèle sa nature infectieuse lymphangitique par l'apparition de masses ganglionnaires douloureuses de la partie haute de la chaîne jugulaire, d'abord à gauche, puis à droite. Il forme sur la radiographie de profil une voussure marquée de la paroi postérieure du pharynx. Dû, chez d'autres malades, à une lésion opératoire du naso-pharynx, il résulte ici d'une lésion grippale naso-pharyngée et constitue une variété haute de la pharyngite pseudo-phlegmoneuse dont Bonnet-Roy rappelait récemment les caractères.

Il évolue en une dizaine de jours, mais lorsque la température est redevenue normale, lorsque le trismus a disparu, lorsque les ganglions sont devenus de petites masses indolores, l'attitude vicieuse douloureuse de la tête qu'il a provoquée, persiste.

D'autre part, l'extension continue, appliquée deux mois après l'apparition du torticolis, a assuré le redressement en quatre jours. C'est bien la preuve que l'attitude vicieuse n'était pas due aux progrès

d'une arthrite sous-occipitale à évolution chronique et prolongée, mais bien à une énucléation de l'atlas instantanément produite par la contracture musculaire et maintenue par elle ».

La seconde de ces observations, Jacqueline M., a fait l'objet d'une *Petite Clinique* du Docteur Desfosses, où l'on trouvera, la reproduction de la feuille de température et les schémas ou radiographies de face et de profil. C'est pour reconnaître la justesse et la nouveauté des signes cliniques et des explications pathogéniques données par le mémoire initial, que le Docteur Desfosses a proposé de donner au torticolis naso-pharyngien avec énucléation de l'atlas, le nom de « Maladie de Grisel ».

Nous donnons enfin les considérations tirées par le Docteur Grisel de l'observation d'une malade du Docteur Bourgeois, qui a fait l'objet d'une communication à la Société des Oto-Laryngologistes des Hôpitaux.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, qui au 4^e jour d'une poussée discrète de rhino-pharyngite fut atteinte brusquement le soir, au moment de s'étendre dans son lit, d'une contracture douloureuse des muscles pré-vertébraux qui l'obligea à passer la nuit dans un fauteuil, la tête fléchie. La contracture douloureuse céda aussitôt à l'extension continue pratiquée dès le lendemain soir.

« Cette nouvelle observation nous inspire les considérations qui suivent :

Notre malade, l'examen clinique et la radiographie

le prouvent, ne présentait pas de déplacement de l'atlas. Le cas n'en est que plus intéressant, puisqu'il constitue ainsi un exemple, on peut dire schématique du torticolis naso-pharyngien sans l'énucléation qui, lorsqu'elle se produit, vient compliquer le tableau clinique par l'adjonction de ses propres symptômes. Il n'y a donc ici rien que les éléments essentiels et successifs : l'infection pharyngée diffuse initiale servant de point de départ à une péripharyngite diffuse elle aussi, qui provoque à l'étage supérieur la contracture des muscles prévertébraux, et plus bas, et latéralement, celle des muscles masticateurs. Torticolis et trismus sont deux conséquences semblables d'une même cause, et leur association se trouve déjà signalée dans deux de nos observations antérieures.

Lors de notre examen, le trismus avait disparu, mais la contracture prévertébrale s'offrait à nous, on peut dire, dans toute sa pureté. Elle maintenait la tête infléchie en avant et s'opposait invinciblement et douloureusement à toute tentative de redressement, tout en laissant la liberté de tous les autres mouvements, elle a cédé à quelques heures d'extension continue.

Notre malade prouve ce que nous avons dit de la possibilité d'un torticolis naso-pharyngien sans température élevée, sans constitution d'un foyer rétro-pharyngien important, et il n'y eut chez elle qu'une cellulite discrète avec deux ganglions rétro-angulo-maxillaires symétriques, avec production cependant, et de contracture prévertébrale et de contracture des masticateurs.

Il n'y avait chez notre malade aucun signe d'arthrite sous-occipitale, ni phénomènes généraux, ni fixation absolue de la tête, ni douleur à la pression du vertex, sans compter la disparition presque immédiate du torticolis par la traction continue ».

Ces mémoires ont rencontré un accueil favorable, surtout parmi les Oto-Rhino-Laryngologistes, qui ont pu vérifier la réalité des signes caractéristiques du torticolis naso-pharyngien, complication post-opératoire non exceptionnelle des interventions de leur spécialité.

Nous allons passer rapidement en revue les publications faites en France et à l'Etranger, où se trouvent confirmées la description clinique et la pathogénie de cette conséquence des infections spontanées ou traumatiques de l'espace rétro-pharyngien.

Nous devons citer tout d'abord une publication qui a beaucoup contribué à répandre la connaissance du torticolis naso-pharyngien. C'est une des *Petites Cliniques* du Docteur L. Ramond, parue dans la *Presse Médicale*, n° 1, 3 janvier 1931, intitulée « Une Enigme ». Il s'agissait de donner l'explication la plus plausible de la mort rapide par compression médullaire haute, survenue chez un homme de 47 ans, chez qui un abcès rétro-pharyngien avait été incisé 5 jours auparavant et qui paraissait en voie de guérison.

La réponse qui fut admise comme la plus satisfaisante fut celle donnée dans le numéro 9, du même journal, le 31 janvier 1931, par le Docteur Apert, d'après qui l'intensité du déplacement des vertèbres

sous-occipitales révélé par les radiographies de l'Enucléation de l'atlas par torticolis naso-pharyngien pouvait faire penser à la possibilité d'une compression médullaire par ce mécanisme.

L'absence de radiographies, l'insuffisance des constatations partielles faites au cours de l'autopsie privent cette explication de tout caractère de certitude.

C'est d'abord à la Société de Chirurgie de Bordeaux du 9 avril 1931, une communication de MM. Charbonnel, Farges et Lafite-Dupont, sur les « Arthrites cervicales et torticolis d'origine naso-pharyngienne », basée sur l'observation d'un enfant de 12 ans atteint de torticolis au 5^e jour d'une infection naso-pharyngée, torticolis qui persiste encore, quoique amélioré, deux mois après son début.

Au cours de la discussion, le Docteur Rocher donne une autre observation d'une fille de 10 ans, atteinte d'un torticolis qui resta rebelle et qui apparut après une angine diphthérique et une suppuration de la région sous-maxillaire.

A la Société de Chirurgie de Lyon, le 5 mars 1931, M. Guilleminet présente un cas de « Luxation complète de la colonne cervicale probablement consécutive à une arthrite subaiguë non tuberculeuse ». Cette luxation, de siège d'ailleurs tout différent (entre 5^e et 6^e vertèbres cervicales) entraîna la mort. C'est au cours de la discussion qui suivit qu'une allusion fut faite au torticolis naso-pharyngien, par M. Tavernier, dont l'opinion défavorable peut être représentée par cette citation : « l'angine ne donne pas de con-

tracture cervicale, il faut l'arthrite pour faire de la contracture ».

Le Docteur Baratoux, dans un article du *Journal de Médecine de Paris* et dans une monographie publiée en collaboration avec le D^r Kresser « Un cas de maladie de Grisel », celui d'une adulte atteinte de phlegmon amygdalien avec trismus et torticolis.

Le D^r Baldenweck, dans un article de la *Revue Critique de Pathologie et de Thérapeutique*, intitulé « Les Torticolis Post-opératoires et la maladie de Grisel », approuve l'interprétation pathogénique donnée des torticolis post-opératoires et signale l'intérêt qu'il y a dans ces cas à instituer le traitement capable de s'opposer à une difformité apparente et qui peut être définitive.

A la Société de Chirurgie de Bordeaux, le 19 juin 1933, le Docteur H. L. Rocher fait une communication sur le « Torticolis naso-pharyngien », observé chez un garçon de 12 ans à la suite d'une infection rhinopharyngée, et qui fut réduit sous anesthésie, 3 mois après son début, sans qu'une correction définitive ait été obtenue.

En Belgique, à la Société Belge de Radiologie, Séance du 11 octobre 1931, le Docteur Lison communique les radiographies d'un enfant de 10 ans présentant tous les signes cliniques et radiographiques du torticolis naso-pharyngien.

Dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec* (n^o 2, février 1933), MM. Guérard, Potvin et Jobin publient eux aussi un cas de torticolis naso-pharyngien survenu chez une

enfant de 9 ans, qui au cours d'une septico-pyémie eut un torticolis présentant tous les signes donnés comme caractéristiques.

En Suisse, le Docteur Piotet donne une observation intitulée « Une complication rare de l'ablation des végétations adénoïdes. Un cas de torticolis naso-pharyngien ». Il s'agit d'une petite fille de 8 ans atteinte de torticolis quelques jours après une ablation de végétations, et c'est la lecture du mémoire initial qui détermina une inspection du pharynx et la découverte faite, en relevant le voile du palais, d'un petit abcès fistuleux situé au-dessus du voile et consécutif au traumatisme opératoire.

Les Docteurs Zeitlin et Odessky de Moscou ont publié une observation de « Subluxation atlanto-axoïdienne d'origine naso-pharyngienne », recueillie chez une enfant de 12 ans, dont le torticolis apparut brusquement au cours d'une infection naso-pharyngée.

*
**

Après cet exposé des documents antérieurs parvenus à notre connaissance, nous pouvons reprendre dans une vue d'ensemble, chapitre par chapitre, l'étude du torticolis naso-pharyngien.

Avec les 5 observations des publications antérieures du Docteur Grisel, les 4 observations nouvelles inédites que nous apportons forment un ensemble de 9 observations, sur lesquelles nous appuierons les considérations nouvelles et les conclusions de notre thèse.

Voici les observations inédites que nous apportons :

OBSERVATION I. — Communiquée par le Docteur Aubry, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Bichat, et recueillie par le Docteur Calamy de Montreuil.

L'enfant, Paulette G..., âgée de 6 ans, au début de janvier 1933, est atteinte d'une poussée de rhinopharyngite. Elle est vue au deuxième jour par le Docteur Calamy. L'enfant est fébrile, température oscillant entre 38°5 et 39°5, et elle présente de la douleur et du gonflement de la région cervicale latérale gauche, à sa partie supérieure où le palper permet de constater l'existence d'une adénite très douloureuse au toucher. La gorge et le rhinopharynx sont rouges et l'amygdale gauche est projetée vers le milieu de l'isthme, comme soulevée par un abcès latéro-pharyngien en évolution.

Le traitement local, le vaccin de Bruschetti sont suivis d'une rémission avec chute de la température et atténuation marquée des phénomènes locaux. L'enfant reprend sa gaieté et sa vie normales.

Trois semaines après, un réveil des accidents initiaux se produit. La malade a une température de 39°5, le matin, 40° le soir. La région cervicale latérale gauche est de nouveau le siège d'un empâtement douloureux, et l'examen de la gorge montre que de nouveau l'amygdale gauche est soulevée par un foyer inflammatoire. Mais ce qui frappe cette fois, c'est l'attitude accentuée de torticolis avec tête inclinée à gauche et rotation de la face vers la droite. Tout

mouvement de flexion, d'extension ou de rotation de la tête est rendu impossible par la contracture douloureuse qui l'immobilise.

En présence de cette attitude vicieuse si prononcée, des radiographies sont demandées au Docteur Proust. De ces radiographies, seule la radiographie de profil apporte une explication à l'existence du torticolis en montrant le haut degré de projection antérieure et de rotation subies par l'atlas. Sur cette radiographie, c'est le rachis cervical inférieur qui a été pris nettement de profil, alors que la tête et l'atlas qui la suit se trouvent en forte rotation, ainsi que le montrent :

La distance considérable existant entre les bords postérieurs des deux branches montantes du maxillaire et la projection isolée de la masse latérale gauche de l'atlas dont l'ombre est visible dans sa totalité à une certaine distance en avant de celle de l'apophyse odontoïde.

Cette radiographie montre encore la très grande infiltration du tissu cellulaire rétro-pharyngien qui repousse en avant la paroi postérieure du pharynx.

L'abcès est incisé par voie externe; incision cervicale le long du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien par le Docteur Aubry et le soulagement de la douleur liée à l'attitude vicieuse de la tête est obtenu par l'immobilisation en décubitus dorsal complet sur un lit sans matelas. La guérison survient rapidement à tous points de vue; la douleur de la nuque disparaît et au bout de quinze jours, l'attitude et la mobilité de la tête sont redevenues normales, et

une nouvelle radiographie apporte la preuve du retour de l'atlas à ses rapports normaux.

Un an après, le Docteur Aubry, à l'occasion de nouveaux examens ayant conduit à l'extirpation de végétations adénoïdes, a pu constater qu'il n'y avait plus trace du torticolis naso-pharyngien déterminé par la présence de la collection latéro-pharyngienne observée un an auparavant.

OBSERVATION II. — Recueillie dans le service du Docteur Guillemot, à l'Hôpital Bretonneau.

Jeannine P..., 8 ans, est présentée à la consultation du service des contagieux, le 14 juin 1930, pour une attitude vicieuse permanente et douloureuse de la tête et du cou, apparue au cours d'une scarlatine, dont l'angine et l'élévation thermique initiales ont été observées le 18 mai 1930. Depuis onze jours déjà, l'enfant est apyrétique, malgré son torticolis et quoiqu'elle présente encore tous les signes d'une infection rhino-pharyngée, avec rougeur et mucosités, de l'adénite rétro-angulo-maxillaire plus marquée à droite. L'évolution de la maladie est la suivante :

Les parents croyant au début à une affection angineuse banale ont soigné eux-mêmes leur enfant. Au quatrième jour, le 21 mai, elle eut une éruption pourprée qui disparut en quatre ou cinq jours.

C'est le jour même où l'éruption disparaissait que l'enfant ressentit une vive douleur de la nuque, qui disparut elle aussi deux jours plus tard. Mais le 28 mai, cette douleur fut de nouveau et très péniblement ressentie, associée à une douleur de la région

périauriculaire, et la tête s'immobilisa en s'infléchissant, la face tournée vers la droite. Sans que l'époque de leur apparition puisse être précisée, les parents indiquent qu'il y avait déjà à ce moment des ganglions rétro-angulo-maxillaires, surtout à droite, du côté de la douleur périauriculaire.

Le lendemain, il y eut le matin une notable atténuation de tous les symptômes, mais le soir, la douleur, la déviation étant de nouveau apparues, le Docteur Magnier fut appelé pour la première fois, et en présence des signes d'infection pharyngée avec douleur d'oreille, il appela à son tour en consultation le Docteur Dhers, qui reconnut l'intégrité de l'oreille et attribua le torticolis à une adénite cervicale consécutive à une adénoïdite. La désinfection du rhinopharynx conseillée fut suivie d'un abaissement complet de la température oscillant encore entre 37 et 38 degrés, et qui est restée normale du 4 au 16 juin, deux jours après l'entrée dans le service.

Le 4 juin, en raison de la persistance de l'attitude vicieuse et dans la crainte d'une lésion osseuse, on fit une radiographie qui fut considérée comme négative. Ce même jour, la constatation d'une desquamation permit de préciser la nature scarlatineuse de l'infection.

Enfin, l'attitude vicieuse et douloureuse de la tête persistant depuis 15 jours, l'enfant fut conduite à Bretonneau dans la matinée du 14 juin, où notre examen permit les constatations suivantes :

L'enfant souffre, elle a la figure anxieuse, sa tête légèrement infléchie, nettement inclinée à gauche et

tournée de 45 degrés vers la droite, est immobilisée dans cette position, sans qu'aucun mouvement actif ou passif soit possible. Le sterno-mastoïdien gauche, loin d'être contracturé, n'est pour rien dans la situation vicieuse de la tête, il semble au contraire comme atrophié, ne faisant aucun relief sous la peau. Des deux côtés, mais surtout à droite, il existe quelques ganglions rétro-angulo-maxillaires qui ne sont plus douloureux au palper. L'enfant vue de dos, nous sommes frappés par l'aspect tout spécial de la nuque, dont le relief musculaire gauche, a fait place à une dépression qui contraste avec le relief, au contraire augmenté, des mêmes muscles de la partie droite.

L'examen de la gorge montre une rhino-pharyngite intense, la langue est scarlatineuse.

Nous terminons notre examen en vérifiant que l'enfant n'a pas de fièvre, qu'elle n'a eu aucune douleur articulaire, qu'elle n'a aucun souffle cardiaque et que ses urines ne contiennent pas d'albumine. Le diagnostic de torticolis naso-pharyngien s'impose et la succession des lésions qui l'ont produit nous semble être la suivante : Rhino-pharyngite scarlatineuse initiale, adéno-lymphangite, cellulite rétro-pharyngienne secondaire décelée par les adénites et la douleur péri-auriculaire, déterminant la contracture permanente des muscles prévertébraux, et par suite la luxation rotation spontanée de l'atlas révélée par les caractères particuliers du torticolis, avec aspect paradoxal des sterno-mastoïdiens et dépression latérale de la nuque.

Notre diagnostic clinique se trouve d'ailleurs con-

firmé par l'examen des deux séries de radiographies prises, l'une le 4 juin, cinq à six jours après le début du torticolis permanent, l'autre dès l'entrée à la salle Parrot. Toutes deux montrent la forte rotation de l'atlas, dont la masse latérale gauche a été portée en avant et abaissée en même temps que la masse latérale droite était inversement repoussée en arrière, laissant la surface articulaire axoïdienne correspondante partiellement isolée. A cette rotation, il ne s'est associé qu'un léger degré de propulsion antérieure de l'atlas, car l'arc antérieur est resté très voisin de l'apophyse odontoïde.

En raison du diagnostic, la malade fut admise à l'hôpital et soumise à l'extension continue à l'aide d'un collier avec traction de 2 kilos et demi pendant le jour. Désinfection du rhino-pharynx. Dès la première nuit, l'enfant soulagée dort. Au quatrième jour, la rétraction musculaire est vaincue, la malade ne souffre plus du tout et l'on peut, passivement, porter la tête à l'extrême de tous les mouvements, sans provoquer la moindre douleur. La tête laissée à elle-même reprend encore l'attitude où elle était douloureusement immobilisée depuis 15 jours, mais à un moindre degré. Au 8^e jour, il ne reste plus qu'un soupçon d'attitude vicieuse et tous les mouvements sont volontairement exécutés. Au 1^{er} juillet, guérie complètement, 15 jours après son entrée, la malade quitte le service. Elle est revue par l'un de nous le 10 juillet, il reste un peu de rougeur à la gorge et l'amygdale gauche est un peu saillante, les ganglions cervicaux ont presque complètement disparu. L'attitude et la mobilité de la tête et du cou sont normales.

OBSERVATION III. — Communiquée par le Docteur Grisel.

Renée B..., 8 ans, vue le 16 octobre 1931.

Cette enfant, par suite de l'infection de son nasopharynx, est sujette à des otites jusqu'alors légères, se manifestant presque tous les hivers.

Le 21 avril 1931, forte angine à streptocoques, compliquée bientôt d'une otite suppurée droite traitée par paracentèse le 27 avril, puis d'une otite gauche avec mastoïdite bilatérale nécessitant le 1^{er} mai la paracentèse à gauche, puis le 2 mai, un double évidemment mastoïdien.

C'est plus d'un mois après cette double intervention, vers le 15 juin, que se produit une poussée d'adénite avec masses ganglionnaires volumineuses, accompagnée d'une inclinaison brusque, très douloureuse et très accentuée de la tête qui est, pour ainsi dire, couchée sur l'épaule gauche. A ce moment la température, malgré ces phénomènes locaux aigus, était cependant peu élevée, oscillant au-dessous de 37°5.

Des pansements humides, des séances de rayons ultra-violets, furent suivis d'un redressement partiel de la tête et du cou, mais il persiste cependant à l'heure actuelle, plus de 4 mois après le début, une attitude vicieuse ainsi caractérisée : la tête est inclinée à gauche, la face tournée vers la droite, un peu de flexion antérieure, le muscle sterno-mastoïdien gauche du côté de l'inclinaison est effacé et il existe une dépression de la saillie des muscles de la nuque du même côté.

L'examen radiographique confirme ces signes cliniques de la luxation-rotation de l'atlas.

Les radiographies de face sont obscures et ne permettent ni une interprétation exacte, ni une reproduction.

La radiographie de profil montre, par contre, la rotation accentuée de l'atlas, mais sans inclinaison latérale bien marquée.

La malade est soumise aussitôt à l'extension continue et lorsqu'elle est revue, le 3 novembre, il y a une amélioration nette. Quoique l'attitude vicieuse ait gardé ses signes cliniques essentiels, on vérifie, comme on l'avait fait lors du premier examen, qu'il n'existe aucun phénomène d'arthrite; la malade est gaie, danse, joue et la pression même forte sur le vertex ne détermine aucune espèce de douleur.

Le traitement par l'extension a été continué systématiquement pendant la nuit, et des nouvelles données par le père médecin, à la fin de l'année 1934, indiquent que l'enfant est considérée comme guérie.

OBSERVATION IV. — Communiquée par le Docteur Grisel.

André Ch..., âgé de 6 ans et 9 mois, ayant eu il y a 4 ans bronchite et bronchopneumonie, était bien portant et avait particulièrement bien joué dans la journée. Dans la nuit du 28 au 29 octobre 1932, l'enfant a un violent cauchemar, et la mère constate, en le levant, qu'il est atteint d'une déviation vicieuse de la tête et du cou extrêmement prononcée. L'état général de l'enfant est resté bon; il chante, il joue et

ce n'est qu'en voulant se coucher et se lever qu'il éprouve une douleur sous-occipitale assez marquée.

Pas d'angine cliniquement révélée.

Après quelques jours d'attente, la mère conduit son enfant à la consultation du dispensaire du Docteur Tassin, à Montrouge. Le Docteur Tassin avec qui nous avons présenté à la Société de Pédiatrie, l'observation de torticollis naso-pharyngien recueillie chez une de ses parentes, Jacqueline M., reconnaît la nature de l'affection et nous adresse le malade que nous examinons le 5 novembre, 8 jours après le début des accidents.

Les signes cliniques de la luxation-rotation de l'atlas sont évidents. Tête inclinée à gauche de 35°, face tournée à droite de 45°, effacement de la saillie du sterno-mastoldien et dépression en coup de hache de la nuque du côté gauche.

L'examen du pharynx ne montre pas de saillie osseuse anormale. On voit seulement de la rougeur et du muco-pus venant du cavum. La pression sur le vertex est complètement indolore. L'essai de correction de l'attitude vicieuse détermine une grimace et de la contracture du muscle trapèze gauche, dont le bord antérieur devient saillant.

L'extension continue est appliquée aussitôt, et la radiographie n'est faite que 48 heures après, à un moment où l'attitude vicieuse était déjà fortement corrigée.

Elle montre de profil la projection antérieure et la rotation de l'atlas, mais il n'existe plus qu'un très fai-

ble degré d'inclinaison latérale sans doute par suite de la correction déjà obtenue par le traitement.

Les radiographies de face, bouche ouverte, défectueuses, ne permettent aucune considération.

Le malade est revu le 9 novembre, n'ayant plus aucune douleur quand il se lève et se couche. Il est capable de maintenir volontairement sa tête dans une attitude correcte, mais il conserve encore une tendance à l'inclinaison avec rotation lorsqu'il est abandonné à lui-même.

Le malade est revu le 9 novembre, entièrement guéri et encore le 19 novembre. A ce dernier examen, on constate qu'il existe, de chaque côté, un ganglion rétro-angulo-maxillaire non douloureux, du volume d'un haricot, témoin de la poussée d'adenoïdite qui avait été la cause du torticolis.

RAPPEL ANATOMIQUE

La gouttière formée par le pharynx, encastrée entre les deux branches montantes du maxillaire doublées des muscles pterygoïdiens, s'adosse en arrière aux muscles prévertébraux qui la séparent des vertèbres cervicales supérieures et de leurs articulations sous-occipitales. Les plus puissants et les plus superficiels de ces muscles sont les deux grands droits antérieurs, dont le faisceau le plus important va de l'apophyse basilaire au tubercule antérieur de la VI^e vertèbre cervicale. Sa contraction, et plus encore sa contracture, tend à rapprocher ses deux points d'insertion en comprimant le segment de colonne cer-

vicale formé par les cinq premières vertèbres, dont les points de mobilité maxima se trouvent à ses deux extrémités : articulations occipito-vertébrales en haut, articulation avec la VI^e cervicale en bas.

On comprendra les conséquences possibles de ce contact en cas d'infection naso-pharyngée, en se rappelant :

— que l'amygdale pharyngée (à son développement maximum de 8 à 10 ans, âge du torticolis naso-pharyngien) est en contact avec les insertions des deux droits à l'apophyse basilaire;

— que les diverticules du pharynx parfois très développés, bourse pharyngienne et fossettes de Rosenmüller se trouvent en rapport intime avec la face antérieure et les bords de ces mêmes muscles ;

— que la partie haute de ces mêmes muscles est prise dans le réseau serré des troncs et des ganglions lymphatiques desservant le naso-pharynx.

LE FOYER INFLAMMATOIRE RÉTRO-PHARYNGIEN

Ces voies lymphatiques et le tissu cellulaire de l'espace rétro-pharyngien infectés, donnent naissance à un foyer inflammatoire qui, en arrière englobe les muscles prévertébraux, en avant, soulève la paroi postérieure du pharynx et, latéralement, par l'intermédiaire des voies lymphatiques et des ganglions peut s'étendre sur les parties latérales du pharynx, et, dans tous nos cas, est venu révéler son existence par la présence d'une adénite rétro-angulo-maxillaire.

L'infection a presque toujours pour point de départ une lésion spontanée ou traumatique opératoire du naso-pharynx (7 cas sur 9). Elle peut venir de la région auriculaire et mastoïdienne, succédant alors presque toujours et dès le soir même, à un évidemment mastoïdien (1 cas); les voies qu'elle a pu suivre : lymphatiques tubaires, espaces cellulaires, cavités pneumatiques intra-osseuses, ont été indiquées par Rutenburg.

Elle peut enfin provenir de la partie latérale, même basse, de l'espace cellulaire péripharyngé ainsi que ce fut peut être le cas pour notre observation (Aubry), où le torticolis apparut au cours des incidents aigus liés à la constitution d'un abcès latéro-pharyngien qui fut incisé par la voie externe. Ce qui ici laisse un doute, c'est la possibilité de l'existence d'un foyer d'adénoïdite (point de départ de tous les accidents), car la malade dut dans la suite subir un curettage de ses végétations. Une preuve plus décisive est fournie par le cas de Wittek, où le torticolis, chez un garçon de 11 ans, apparut pendant la constitution d'un abcès périostique dû à la carie d'une molaire inférieure.

Cette infiltration inflammatoire, si banale, du tissu cellulaire rétro-pharyngien, n'a que rarement pour conséquence la contracture musculaire et le torticolis naso-pharyngien qu'elle entraîne, il en est de même pour l'infiltration inflammatoire du tissu cellulaire latéro-pharyngien qui, elle aussi, détermine ou non la contracture des muscles masticateurs. Deux de nos observations (Mad... et Mme B...), offrent cependant un exemple de la possibilité de voir apparaître à la

suite d'une simple poussée de rhino-pharyngite, l'association de ces deux types de contractures péripharyngées, dépendant toutes deux, de toute évidence, d'un même mécanisme, d'une même cause.

L'existence de ce foyer inflammatoire rétro-pharyngien est évidente sur les radiographies prises à une époque voisine de l'apparition du torticolis. Elles montrent la paroi du pharynx formant voussure et séparée de la face antérieure des corps vertébraux par un intervalle de largeur anormale. Il a été figuré sur les schémas de l'observation M. publiée à la Société de Pédiatrie, et est très hautement accusée sur la radiographie de l'opéré du Docteur Aubry (Observation I).

Mais la présence de ce foyer, avec température élevée, douleur pharyngée, apparition d'adénites secondaires de la chaîne jugulaire, contracture des mâchoires, douleur d'oreille, n'est pas nécessaire.

Le torticolis peut apparaître alors que le foyer, la température sont en décroissance.

Il peut même apparaître, sans aucun autre signe apparent de la fusée inflammatoire rétro-pharyngée, dans les heures qui suivent un curettage de végétations ou un évidement de la mastoïde.

Il peut apparaître dans les mêmes conditions de surprise comme complication d'une infection du cavum, d'une adénoïdite, ne se décelant par aucun signe et qu'il est indiqué de rechercher par un examen spécialisé lorsque l'apparition d'un tel torticolis vient en affirmer l'existence. L'observation inédite du Docteur Grisel, celle du jeune André Ch..., 6 ans

et demi, couché bien portant, ayant eu un cauchemar pendant la nuit et présentant le lendemain matin un torticolis naso-pharyngien accentué, en est un bel exemple.

Dans de telles conditions de rapidité, il faut admettre ou l'orientation de la traînée lymphangitique vers un point réflexogène particulièrement sensible, ou, peut-être, le contact direct de l'infection amygdalienne et du muscle contracturé. Les relations anatomiques de l'amygdale pharyngienne avec les insertions basilaires des deux muscles grands droits pourraient être invoquées ainsi que celles des diverticules de cette partie haute du pharynx, la bourse pharyngienne et les fossettes de Rosenmüller, siège possible d'une infection particulière. De semblables relations de contact existent d'ailleurs entre la face externe des amygdales et la face interne des muscles ptérygoïdiens internes, avec pour conséquence la contracture des mâchoires. Des coupes anatomiques publiées dans un article de Wessely sur les complications intra-crâniennes de la Tonsillite et de la péri-tonsillite, mettent bien en évidence ces contacts et leurs conséquences allant jusqu'à la formation d'un foyer de myosite suppurée dans le ptérygoïdien interne.

LE MÉCANISME

Nous ne pouvons que renvoyer à la lecture de son exposé fait dans l'article initial, d'après lequel la luxation-rotation se produit sans lésion des

ligaments, et sans qu'il soit besoin de leur relâchement par une arthrite préalable. La mobilité extrême de l'atlas, la violence de la contracture des muscles périarticulaires prévertébraux suffisent à produire un déplacement dont l'étendue, révélée par la radiographie, surprend et que la simple extension continue fait disparaître avec une étonnante facilité.

Cette extrême mobilité de l'atlas et l'étendue de son déplacement physiologique en position de luxation-rotation dans la rotation forcée de la tête a été recherchée radiographiquement par le Docteur Grisel et le Docteur Tedesco, en février 1932. Le déplacement ne va pas jusqu'à donner les signes caractéristiques de l'enucleation telle que peut la déterminer la contracture des muscles périarticulaires, mais il est si prononcé que le Docteur Delgoffe dans un article de la *Revue d'Orthopédie* de janvier 1934, intitulé « La soi-disant enucleation de l'atlas et le torticollis » a pu croire qu'il y avait similitude complète entre les déplacements pathologiques et physiologiques. Ce qui caractérise l'enucleation, c'est que chez le malade qui en est atteint, et qui ne présente qu'une attitude vicieuse de la tête d'un faible degré, dont les détails caractéristiques peuvent échapper à un examen non averti, on trouve à la radiographie les signes d'une luxation-rotation accentuée de l'atlas, qui a été portée dans cette position par action de compression et non par une rotation forcée de la tête qui n'a existé à aucun moment de l'affection.

LES SIGNES CLINIQUES

Nous n'avons rien à ajouter à la description initiale de ces signes qui sont liés au déplacement de l'atlas, qui sont ceux de sa luxation-rotation quelle qu'en soit la cause.

Inclinaison latérale de la tête du côté où la masse latérale de l'atlas a été portée en avant.

Face tournée vers le côté opposé où la masse latérale a servi de pivot en reculant un peu.

Flexion antérieure légère de la tête.

Aspect paradoxal des sterno-mastoïdiens, relâché et comme atrophique du côté de l'inclinaison et saillant tendu du côté vers lequel la face est tournée.

Dépression en coup de hache sous-occipital du côté où la masse latérale a fui en avant, c'est-à-dire, du côté vers lequel la tête est latéralement inclinée.

Saillie de l'apophyse épineuse de l'axis perceptible sous les muscles de la nuque du côté vers lequel la face est tournée.

Présence difficile à rechercher de la saillie de la masse latérale de l'atlas projetée et abaissée, soulevant la face postérieure du pharynx.

L'examen des régions ganglionnaires latérales, celui du cavum par l'oto-laryngologiste, les radiographies de la région sous-occipitale face et profil forment le complément indispensable de cet examen clinique.

RADIOLOGIE

Nous avons au cours de l'étude du foyer inflammatoire déjà indiqué l'intérêt des radiographies qui donnent la preuve de son existence et de son importance. Pour l'étude des déplacements de l'atlas, nous ne pouvons mieux faire que de donner le résumé de la communication du Docteur Grisel et du Docteur Tedesco au IV^e Congrès International de Radiologie, tenu à Zurich en 1934. On trouvera en outre la reproduction des radiographies caractéristiques et leurs schémas dans les publications originales du Docteur Grisel dont nous n'avons pu rapporter ici que le texte.

Voici le résumé de cette communication :

—« On a observé la luxation directe en avant (Swanberg), mais dans la règle, l'atlas est chassé en position de luxation-rotation.

Les radiographies, comme les signes cliniques, sont caractéristiques.

Face. — Pincement de l'interligne atloïdo-axoïdien du côté pivotant vers lequel la face est tournée. Chevauchement accentué, pathognomonique, des contours de la même articulation du côté opposé vers lequel la tête est inclinée.

Nous avons vérifié, dès février 1932, que cette image diffère de celle de la rotation forcée volontaire ou passive qui ne donne pas le chevauchement des contours.

Profil. — L'arc antérieur est écarté de l'odontoïde. La surface axoïdienne, du côté qui a pivoté, n'est plus surmontée par la masse atloïdienne qui a reculé, et,

portée en avant par la rotation inverse de l'axis, elle projette obliquement son ombre.

La surface axoïdienne opposée, qui a reculé est recouverte par l'ombre de la masse latérale atloïdienne abaissée au devant et en dehors d'elle.

La bascule de l'atlas surprend par son intensité, elle caractérise la radiographie de profil comme le chevauchement, auquel elle correspond, caractérise la radiographie de face.

Tels sont les caractères frappants de nos deux premiers cas, tous deux non traités au début et invétérés. Nos observations ultérieures comprennent des cas invétérés semblables et des cas récents qui tous ont été rapidement guéris par l'extension continue à laquelle la simple contracture musculaire ne résiste pas.

L'étude de ces cas nous a montré des degrés dans la bascule de l'atlas et dans sa rotation et l'avenir permettra, nous l'espérons, un pronostic radiographique où la bascule accentuée de l'atlas nous paraît devoir constituer le facteur de gravité. »

Ajoutons, pour faciliter la lecture des radiographies, que la tête et l'atlas qui la suit étant en rotation forte sur l'axis et la colonne cervicale qu'il termine, le cliché correspondra à l'une des deux situations suivantes :

1. — C'est la tête et l'atlas qui sont vus de profil et c'est alors l'axis qui est vu de biais.

2. — C'est la colonne cervicale et l'axis qui sont vus franchement de profil et c'est alors la tête et l'atlas qui sont vus obliquement. Dans ces conditions, la rotation est rendue apparente sur la radiographie par

l'écart existant entre les ombres des branches montantes du maxillaire inférieur, et la masse latérale de l'atlas, venue en avant, à son ombre rectangulaire isolée et située en avant et au-dessus de celle de l'apophyse odontotoïde. Cette image qu'il faut être prévenu pour la savoir interpréter, se trouve sur la radiographie de l'observation ancienne de MM. Grisel, Desfosses et Tassin, et dans celle de notre observation n° 1 du Docteur Aubry.

Cet aspect est dû à la rotation et peut se retrouver dans tous les cas ; il n'en est pas de même de l'inclinaison latérale avec bascule couchant la surface axoïdienne de la masse latérale de l'atlas, projetée en avant, sur la partie latérale correspondante de l'axis sous-jacente. Cet aspect ne se retrouve que sur les radiographies de profil des cas d'énucléation complète dont nous n'avons que 3 exemples, répondant d'ailleurs aux 3 cas invétérés, vus longtemps après le début et qui répondent aux deux observations du mémoire initial et à l'observation I de la communication faite à la Société de Pédiatrie.

COMPLICATIONS NERVEUSES

Aucun trouble nerveux n'étant signalé dans nos 9 observations, nous ne ferons que citer ce que le Docteur Grisel a écrit de leur possibilité (Grisel et Bourgeois).

— « Lorsque nous eûmes acquis, par l'examen clinique et la radiologie de nos premières jeunes mala-

des, la certitude de l'existence chez elles d'un déplacement de l'atlas d'une étendue si surprenante, la possibilité d'accidents nerveux, par compression ou par élongation, nous apparut aussitôt. L'examen étant à ce point de vue demeuré négatif, nous laissâmes de côté ce chapitre des complications, mais elles sont possibles et ont été déjà certainement observées sans que leur véritable cause ait été soupçonnée. Il suffit de lire certaines observations d'ostéomyélite de l'odontôïde, de rhumatisme cervical, de luxation cervicale au cours d'une fièvre typhoïde, pour se convaincre, réserves faites sur le diagnostic de l'affection primitive, de la réalité des accidents de compression liés au déplacement d'une vertèbre par contracture musculaire, que le torticolis naso-pharyngien est mieux à même de produire que toute autre cause et qu'il est peut-être en réalité presque seul à produire.

Très exceptionnellement la luxation invétérée de l'atlas pourra être la cause d'accidents tardifs de compression suivant un mécanisme connu. L'atlas luxé, quelle que soit la cause spontanée ou traumatique qui l'a mis en position de luxation rotation, se soude à l'occipital et, faisant désormais corps avec le crâne, à tendance à exagérer sa rotation par rapport à l'axis, avec lequel il ne se soude jamais. Le Docteur Apert a présenté à la Société médicale des Hôpitaux du 20 janvier 1928, l'observation d'une malade de 15 ans, ayant succombé à une asthénie bulbaire par compression lente, due à une luxation spontanée de l'atlas, avec soudure à l'occipital et rotation progressive sur l'axis. »

DIAGNOSTIC

Il n'y a pas à envisager ici le diagnostic avec les attitudes vicieuses dues aux lésions ostéo-articulaires sous-occipitales du Mal de Pott, de la syphilis, des tumeurs osseuses. Nous envisagerons seulement le diagnostic dans les cas de torticolis survenu brusquement au milieu de signes généraux et locaux révélateurs d'une infection aiguë, en rappelant que les signes cliniques de la luxation-rotation de l'atlas produite spontanément et brusquement, même en l'absence de signes apparents d'une infection naso-pharyngée, impliquent l'existence d'une infection cachée mais certaine du naso-pharynx qui sera mise en évidence par un examen du spécialiste. Le mécanisme peut être mis en mouvement par une lésion autre que celle d'origine pharyngée et otique que nous avons décrite et qui est celle de la presque totalité des cas. Un foyer inflammatoire dû à une ostéite, à une ostéomyélite de l'arc antérieur de l'atlas, du corps de l'axis, de l'apophyse basilaire de l'occipital ont pu donner un torticolis, comme le prouve une observation de Lob.

Un second point du diagnostic est celui du degré du torticolis naso-pharygien et c'est avant tout la radiographie de face et de profil qui en donnera les éléments d'après les signes que nous avons indiqués.

Mais il y a possibilité d'un torticolis du à la présence d'adénites cervicales latérales dépendant elles-aussi d'un foyer infectieux naso-pharyngien. C'est alors par le contact direct avec le ganglion infecté que l'un des muscles latéraux du cou, splénus, angulaire de l'omoplate, scalènes, sterno-cleido-mastoïdien très rarement, se contracture et entraîne une attitude vicieuse de la tête et du cou qui, n'étant pas alors due à l'énucléation de l'atlas, n'a pas pour conséquence les mêmes signes cliniques.

Le dernier problème diagnostique à envisager est celui de l'existence ou de la non-existence d'une arthrite. Le mécanisme invoqué par le Docteur Grisel écarte toute existence d'arthrite même dans les cas où le foyer infectieux rétro-pharyngien est caractérisé par des signes locaux et généraux indiquant une violente infection. Les cas que nous avons cités au cours de l'étude du foyer infectieux, où le torticolis se produit brusquement à la période de décroissance de la poussée de rhino-pharyngite sans élévation nouvelle de la température, ou ceux apparus dès le début d'une simple infection, ou ceux encore constatés au réveil chez un enfant apyrétique qui n'a eu d'autre manifestation de sa poussée d'adénoïdite qu'un cauchemar durant la nuit, font bien la preuve de l'inexistence d'une arthrite. La guérison succédant immédiatement à la traction continue dans des cas où l'attitude vicieuse persistait encore douloureuse 4 mois, 2 mois, 15 jours, 8 jours, après son apparition, est encore une preuve de l'inexistence de lésions articulaires : il n'y avait qu'une contracture douloureuse

tendant à persister comme c'est le fait pour tous les autres muscles ou groupes musculaires prédisposés à la contracture.

Toutes ces considérations et d'autres de physiologie-pathologique des articulations que nous ne pouvons exposer ici, ayant pour conclusion l'absence de toute arthrite sous-occipitale ou atloïdo-axoïdienne dans le torticollis naso-pharyngien, se trouveraient cependant réfutées par la publication antérieure ou par la présentation possible de pièces cadavériques ou même radiographiques, établissant l'existence d'arthrites ou d'ostéo-arthrites dans le torticollis aigu. Le D^r Grisel qui les a recherchées ne les a pas trouvées : l'arthrite vertébrale donnée comme la base anatomique nécessaire à tous les torticollis, est une conception qui s'appuie non sur des constatations anatomiques, mais sur des analogies supposées nécessaires avec les lésions ostéo-articulaires du mal de Pott sous-occipital et qu'explique le dessein légitime de s'opposer, dans ces cas, aux partisans de la tenotomie systématique du Sterno-Cleido-Mastoïdien.

Le mode d'apparition, la facilité de la disparition de la contracture s'oppose en réalité à l'idée de lésions ostéo-articulaires dont le siège même est bien malaisé à imaginer. La contracture réflexe du groupe des muscles péri-articulaires pré-vertébraux se produit par les mêmes causes et suivant les mêmes lois que la contracture des muscles masticateurs, qui a pour conséquence la contracture des mâchoires ; torticollis et trismus apparaissent souvent successivement dans un ordre variable, ou simultanément sous l'in-

fluence de la même et unique cause : la cellulite infectieuse de l'espace rétro-pharyngien et de ses expansions latérales.

L'idée de l'arthrite nécessaire prévaut cependant encore en France chez les chirurgiens qui, n'ayant pas eu l'occasion d'observer eux-mêmes un cas de torticollis naso-pharyngien typique, comme celui de notre observation IV, s'en tiennent à la doctrine classique telle qu'elle a été établie par Lannelongue.

A l'étranger, les publications du Docteur Grisel ont appelé l'attention sur les déplacements subits et spontanés de l'atlas. Dans les pays de langue anglaise, ce n'est pas pour trouver une explication à la contraction que l'on croit à des lésions d'arthrite, c'est plutôt pour expliquer l'allongement, le relâchement des ligaments, capable de permettre le déplacement si accentué de l'atlas que révèle l'étude clinique du malade et la radiographie.

On ignore généralement l'extrême mobilité de l'atlas chez l'enfant, et l'on est en effet surpris de voir l'intensité de son déplacement, du type luxation-rotation, dans la rotation complète de la tête et du cou, tel que le montrent les radiographies prises dans cette attitude : ce qui est anormal dans le torticollis, c'est l'intensité de la contracture localisée des muscles péri-articulaires mis en jeu par le foyer inflammatoire, contracture qui a pour conséquence une position extrême, ultra physiologique de l'atlas.

Anglais et Américains qui étudient d'ailleurs en bloc tous les cas de déplacement de l'atlas quelle que soit la cause, spontanée ou traumatique, localisent la

lésion articulaire à l'articulation de l'arc antérieur de l'atlas et du ligament transverse qui le complète, avec l'apophyse odontoïde. L'épanchement articulaire et la distension consécutive du ligament transverse permettraient la luxation, dont eux, au moins, ne doutent pas. Ce mécanisme a été indiqué en 1908, par Wittek, pour expliquer un torticolis survenu chez un enfant de 11 ans à la période aiguë de la constitution d'un abcès, par péri-ostite du maxillaire inférieur due à la carie d'une molaire. Nous pensons qu'une infiltration septique du tissu cellulaire peripharyngien donne une explication plus simple de cette complication imprévue de l'abcès dentaire.

En Amérique, Jacobs, dès 1918, avait adopté l'explication de Wittek pour expliquer le torticolis spontané d'un petit garçon de 8 ans, mais sa publication semble oubliée et c'est l'article de Berkheiser et Seidler qui dans le même sens a fixé l'opinion.

En Angleterre, Watson Jones et Roberts, tout en reconnaissant, eux aussi, la nécessité de la lésion des ligaments de l'articulation atloïdo-odontoïdienne, s'éloignent déjà de la conception de l'arthrite pure avec épanchement intra-articulaire, en expliquant le relâchement des ligaments par l'inflammation décalcifiante des parties osseuses sur lesquelles ces ligaments s'implantent et qui est due au voisinage d'un foyer inflammatoire. La luxation subite peut être pour eux dans ce cas, le résultat de la désinsertion du ligament. Le seul fait de la guérison rapide de cas déjà anciens de 4 mois, de 2 mois, avec récupération de l'état nor-

mal suffit à lui seul à nous faire écarter ces explications.

La décalcification des premières vertèbres, vue à la radiographie, existe bien dans les cas où il y a eu une naso-pharyngite aiguë et prolongée et elle était visible sur la malade des Docteurs Grisel, Desfosses et Tassin. Mais elle n'existait dans aucun autre de nos cas qui frappent par l'intégrité absolue du contour osseux et par l'opacité normale des vertèbres sous-occipitales.

TRAITEMENT

Le traitement qui s'est imposé pour les premiers cas observés, c'est celui qui, en dehors de toute considération pathogénique, est connu des orthopédistes comme assurant le meilleur remède à toutes les contractures douloureuses des articulations et en particulier des articulations sous-occipitales où elle s'applique dans les meilleures conditions de réussite ; à savoir l'extension continue assurée par l'application d'un simple collier de Nuek, plus connu, mais moins justement, sous le nom de collier de Sayre.

Cette traction de la tête est bien supportée, elle assure dans le torticolis naso-pharyngien un soulagement immédiat, a obtenu dans les cas traités par le Docteur Grisel, même déjà anciens de 4 mois, de 2 mois, et à plus forte raison dans les cas récents, le relâchement des muscles contracturés en 48 heures, la mobilité complète de la tête en 4 et 5 jours. Pour lutter contre une tendance assez ordinaire au retour à l'attitude vicieuse, elle sera continuée pendant la nuit durant quelques semaines, l'enfant reprenant dans le jour ses occupations habituelles. Les colliers, les cravates d'ouate, les minerves plâtrées, paraissent suffire dans les cas légers, mais leur emploi se ressent de la croyance à l'existence d'une arthrite dont on

croit devoir respecter la phase aigüe et, dans les cas graves d'énucléation complète, ces moyens de traitement ne jouent qu'un rôle conservateur et fâcheux vis-à-vis de la luxation et de la contracture musculaire qui l'a déterminée.

CONCLUSIONS

1. — Le torticollis naso-pharyngien est d'observation relativement fréquente. La description de ses signes cliniques et radiographiques, qui sont ceux de la luxation-rotation de l'atlas, a vivement intéressé les médecins d'enfants, qui le voient apparaître brusquement sans cause apparente ou au cours des rhinopharyngites, et les Oto-Rhino-Laryngologistes qui ont trop souvent l'occasion de le voir compliquer les suites de leurs opérations sur le naso-pharynx ou la mastoïde.

2. — Il est dû à l'infection par voie directe ou lymphatique de l'espace rétro-pharyngien qui provoque la contracture réflexe des muscles prévertébraux ; cette contracture entraînant elle-même, par le mécanisme de la compression, une véritable énucléation de l'atlas qui se trouve chassé en position de luxation-rotation, du seul fait de sa mobilité physiologique et sans qu'une rupture ni même un relâchement inflammatoire préalable ait eu à intervenir.

3. — Entretienue par le foyer inflammatoire qui l'a provoquée et aussi par la luxation produite, la contracture musculaire a tendance à persister et à permettre ainsi à la lésion de prendre un caractère définitif.

4. — L'irréductibilité définitive dont nos 9 observa-

tions offrent 3 exemples, est à redouter non seulement dans les cas où les accidents infectieux ont été aigus ou prolongés, mais encore lorsque la poussée inflammatoire n'a pour ainsi dire donné d'autre signe de son existence que le torticolis.

5. — La constatation du torticolis naso-pharyngien doit avoir pour conséquence :

a) L'examen du cavum qui permettra peut-être de localiser la lésion infectieuse primitive ;

b) La radiographie face et profil des articulations sous-occipitales qui montrera le déplacement de l'atlas que les signes cliniques faisaient prévoir et qui permettra peut-être d'établir la relation qui doit exister entre le degré de la bascule de l'atlas et son irréductibilité ;

c) L'application immédiate du traitement par l'extension continue de la tête, le plus sûr agent thérapeutique que nous possédions contre la contracture douloureuse des muscles et les déplacements articulaires qu'elle détermine. Elle a assuré dans tous les cas non invétérés où elle a été appliquée une disparition immédiate de tous les signes du torticolis, apportant ainsi une démonstration nouvelle de l'absence et de l'arthrite sous-occipitale et de toute lésion des ligaments.

Vu :
Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :
Le Président de la Thèse,
M. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALDENWECK. — Les torticolis post opératoires et la maladie de Grisel. (*Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, t. III, N° 1, janvier 1932.)
- BARATOUX (J.). — Complication rare au cours d'un phlegmon de l'amygdale. (*Journal de Médecine de Paris*, N° 1, janvier 1932.)
- BERKHEISER et SEIDLER. — Luxation non traumatique de l'articulation atlanto-axoïdienne. (*The Journal of the American medic. Association*, vol. 96, N° 7, février 1931.)
- BOUVIER. — *Leçons Cliniques sur les Maladies de l'Appareil locomoteur*. (Paris, 1858.)
- BROCA. — Arthrites non tuberculeuses de la colonne cervicale. (*Bulletin Médical*, 1894, p. 493.)
- BROOKES. — Luxations de la colonne vertébrale cervicale ; quelques causes prédisposantes. (*The Journ. of the Americ medic. Association.*, vol. 104, N° 11, 16 mars 1935.)
- CHARBONNEL, FARGES et LAFITE-DUPONT. — Arthrites cervicales et torticolis d'origine naso-pharyngienne. (*Bordeaux Chirurgical*, N° 4, octobre 1931.)
- COUTTS (M.-B.). — Subluxation atlanto-axoïdienne. (*Archives of Surgery*, vol. 29, N° 2, août 1934.)
- DALLY. — Du torticolis occipito-atloïdien. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1875, p. 354.)
- DELGOFFE. — La soi-disant énucléation de l'atlas et le torticolis. (*Revue d'Orthopédie*, t. XXI, N° 1, janvier 1934.)

- DESFOSSÉS (P.). — Un cas de maladie de Grisel ; torticolis naso-pharyngien par subluxation de l'atlas. (*Presse Médicale*, N° 70, 30 août 1930.)
- FITZWILLIAMS (D.). — Luxation inflammatoire de l'atlas. (*The British medical Journal*, 21 juillet 1934.)
- GILLETTE. — Torticolis par hypertrophie des amygdales. (*New-York medic. Journal*, 1^{er} août 1896.)
- GRIEG. — Clinical observ. of the surg. (*Pathology of Boncs*, 1931.) (Non consulté.)
- GRISEL (P.). — Enucléation de l'atlas et torticolis naso-pharyngien. (*Presse Médicale*, N° 4, 11 janvier 1930.)
- GRISEL (P.) et BOURGEOIS. — Un nouveau cas de torticolis naso-pharyngien. (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, N° 7, juillet 1931.)
- GUÉRARD, POTVIN et JOBIN. — A propos d'un cas de torticolis naso-pharyngien. (*Bulletin de la Société méd. des Hôp. Univers. de Québec*, N° 2, février 1933.)
- GUILLEMINET. — Luxation complète de la colonne cervicale probablement consécutive à une arthrite subaiguë non tuberculeuse. (*Lyon Chirurgical*, tome XXVIII, N° 5, 1931.)
- JACOBS. — Atlas and Axis-Luxation. (*The American Journal of Orthopedic Surgery*, vol. 16, 1918.)
- LANNELONGUE. — Arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales. (*Bulletin Médical*, 1894, p. 865 et 1895, p. 791.)
- LOB. — Torticolis par spondylite après ostéomyélite isolée de l'axis. (*Zeits für orthop. Chirurgie*, 1929, vol. 52, p. 109.)
- PIOTET. — Un cas de torticolis naso-pharyngien. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, N° 14, 25 décembre 1933, et *Schweizerische medizin. Wochensh.*, N° 16, 11 avril 1934.)
- RENAUD. — De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1901.)

- ROCHER (H.-L.). — Torticolis naso-pharyngien. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 octobre 1933.)
- RAPIN. — Torticolis aigu. (*Thèse Bordeaux*, N° 46, 1897.)
- RUTENBURG. — La pathogénie des abcès péripharyngiens d'origine otogène. (*Zeitschrift für Hals-Nasen-und-Ohrenheilkunde*, vol. 33, fasc. 1, avril 1933.)
- STAMMERS et LOND. — Luxation spontanée de l'atlas. (*The Lancet*, 25 novembre 1933.)
- SWANBERG. — Luxation antérieure de l'atlas consécutive à une amygdalotomie. (*Journal of the Americ. méd. Assoc.*, t. LXXII, 1919.)
- TEDESCO (Mme), GRISEL, DESFOSSES et TASSIN. — Deux nouveaux cas d'énucléation de l'atlas par torticolis naso-pharyngien. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, mai 1930.)
- WATSON (Jones). — Luxation spontanée hyperhémique de l'atlas. (*Proceedings of the Royal Soc. of Medicine*, février, 1932.)
- WATSON (Jones) et ROBERTS. — Calcification, décalcification et ossification. (*British Journal of Surgery*, an. 21, N° 83, janvier 1934.)
- WESSELY. — Complications intra-craniennes de la tonsillite et de la péritionsillite (*Zeits für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde*, 1931, vol. XXVIII, N° 3.)
- WITTECK. — Un cas de luxation par distension de l'articulation atlanto-odontoïdienne. (*Münchener mediz. Wochens.*, 1908, N° 35.)
- ZEITLIN et ODESSKY. — La subluxation atlanto-axoïdienne d'origine naso-pharyngienne « Maladie de Grisel ». (*Archives de Médec. des Enfants*, t. XXXVII, N° 8, août 1934.)

287